

Formulaire pour les services du PSP ORIJIN^{MD}

Un membre de l'équipe du Programme de soutien aux patients ORIJIN contactera votre patient en fonction des services étendus disponibles :

Services de consultation avec infirmier(ère) Soutien financier

Programme de soutien aux patients ORIJIN

N° de téléphone sans frais : **1 844 254-6272**

N° de télécopieur sans frais : **1 844 354-6272**

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse à domicile : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ N° de téléphone : _____

Adresse de courriel : _____ Langue : Français Anglais Autre : _____

Moment privilégié pour vous joindre: Matin Après-midi Soirée

Pouvons-nous laisser un message par messagerie vocale ou à quelqu'un qui répond à l'appel ? Oui Non

Autre contact (s'il y a lieu) :

2. ATTESTATION DU PATIENT

Le consentement du patient a été recueilli verbalement par le prescripteur

Ma signature ci-dessous reconnaît et certifie que j'ai reçu, lu et que j'accepte les termes et les renseignements de la section Consentement et reconnaissance du patient à la page 2 du présent formulaire, et que j'accepte de participer au Programme de soutien aux patients ORIJIN.

Nom du patient (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) : _____ Date (JJ/MM/AAAA) : _____

Signature du patient : _____

3. RENSEIGNEMENTS SUR L'ORDONNANCE

 **KORSUVA**
(ditéléketaline) Injection

 **TAVNEOS**
(lavacopan)

 **VELPHORO**
oxyhydroxyde sucro-ferrique

Dosage : _____

Quantité : _____ Renouvellement : _____

Date de début du traitement [si le patient a déjà commencé le traitement] (JJ/MM/AAAA) : ___/___/___

Remboursement par le régime public : _____

4. RENSEIGNEMENTS SUR LE PRESCRIPTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Spécialité : _____ Hôpital/Clinique : _____

Adresse : _____

N° de téléphone : _____ N° de télécopieur : _____

Adresse de courriel : _____

Langue : Français Anglais Méthode de communication préférée : Téléphone Courriel Télécopieur

Instructions spéciales (p. ex., meilleur moment pour téléphoner, nom d'une personne-ressource, etc.) :

5. ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR

En signant ci-dessous, je reconnais et j'atteste que :

- Je suis le médecin prescripteur pour le patient susmentionné;
- J'ai reçu, lu et j'accepte les conditions de la section Consentement et Reconnaissance du prescripteur à la page 2 de ce formulaire et j'accepte de participer au Programme de soutien aux patients ORIJIN.
- Cette ordonnance originale constitue une ordonnance légale pour le patient pour P[®]KORSUVA^{MD}, P[®]TAVNEOS^{MD} ou P[®]VELPHORO^{MD}. Elle sera conservée dans le dossier et ne sera pas ré-utilisée.

Signature du prescripteur : _____

Date (JJ/MM/AAAA) : _____

N° du permis d'exercice : _____

Formulaire de services du Programme de soutien aux patients ORIJIN^{MD}

CONSENTEMENT ET RECONNAISSANCE DU PATIENT

J'ai été informé, j'accepte et je conviens que :

1. Le programme ORIJIN (le « programme ») est offert par Otsuka Canada Pharmaceutique (« Otsuka ») et il est administré, en tout ou en partie, par Otsuka et/ou des tiers fournisseurs de services désignés qui agissent pour le compte d'Otsuka (collectivement, l'« administrateur du programme »). Au fil de l'évolution de la nature et de la portée du programme, Otsuka peut, à l'occasion, nommer un autre fournisseur de services ou remplacer un fournisseur existant pour administrer le programme.
2. Les renseignements personnels que je fournis, que mes professionnels de la santé (comme le prescripteur, ma clinique/mon établissement de soins ou ma pharmacie), ou que ces tiers (comme des assureurs, des payeurs de médicaments ou un employeur) fournissent, dont mon nom, mes coordonnées, des renseignements sur ma santé et de l'information financière (p. ex. en matière de couverture d'assurance ou de revenu) (collectivement, les « renseignements sur le patient »), à l'administrateur du programme serviront à me fournir les services du programme que j'aurai demandés. Plus précisément, l'administrateur du programme utilisera mes renseignements sur le patient aux fins suivantes :
 - i. communiquer avec des payeurs de médicaments ou avec mon employeur pour déterminer si d'autres options de remboursement sont disponibles;
 - ii. communiquer avec moi ou avec la personne dont les coordonnées figurent dans la section Autres coordonnées, afin de donner directement des renseignements sur le produit, les habitudes de vie et la maladie ou d'autres services liés à mon traitement;
 - iii. à des fins administratives ou d'amélioration du programme ou de ma participation au programme.
3. Dans la mesure nécessaire aux fins de l'offre des services du programme, l'administrateur du programme peut communiquer avec mes professionnels de la santé (comme le prescripteur, ma clinique/mon établissement de soins ou ma pharmacie), avec des tiers (comme des assureurs, des payeurs de médicaments ou un employeur) avec la personne dont les coordonnées figurent dans la section Autres coordonnées, ou avec moi, en utilisant les renseignements personnels fournis à la page 1 du présent formulaire.
4. L'administrateur du programme peut collecter, utiliser ou divulguer mes renseignements sur le patient au besoin, ou d'après une permission en vertu des lois en vigueur (dont la collecte et la déclaration de renseignements sur un événement indésirable aux autorités réglementaires locales et étrangères, pour se conformer aux exigences en vigueur en matière de déclaration) ou pour d'autres fins à ma connaissance et avec mon consentement préalable (qui, selon le cas, peut être implicite ou exprès).
5. De plus, l'administrateur du programme peut utiliser mes renseignements sur le patient pour créer des données agrégées ou statistiques qui ne peuvent plus être associées à moi directement ou indirectement (« données regroupées et anonymisées »). Otsuka et/ou l'administrateur du programme peut utiliser ou divulguer les données regroupées et anonymisées pour améliorer le programme et élaborer de nouveaux programmes et services, pour contribuer à garantir le remboursement du produit par les payeurs des secteurs privé ou public ou à des fins d'étude, de recherche ou statistiques, dont en vue de mieux comprendre une maladie, les effets d'un traitement, son innocuité et les résultats obtenus, ainsi qu'aux fins d'une publication scientifique.
6. Mes renseignements sur le patient peuvent être communiqués à divers administrateurs du programme aux fins des services qui me seront fournis par l'entremise du programme;
7. Mes renseignements sur le patient seront protégés par des mesures physiques, techniques et administratives appropriées afin d'éviter toute perte ou accès, l'utilisation ou la communication non autorisée de mes renseignements sur le patient. Au nombre de ces moyens, mentionnons la restriction de l'accès à mes renseignements sur le patient aux employés de l'administrateur du programme qui participent directement à l'offre des services du programme et qui ont un véritable besoin de connaître ces renseignements. De plus, l'administrateur du programme maintient des politiques et des pratiques adéquates de gouvernance qui définissent les rôles et les responsabilités des membres de son personnel qui ont accès à mes renseignements sur le patient et s'assure d'avoir en place des mesures contractuelles ou autres, pour assurer que mes renseignements sur le patient fassent l'objet d'une protection comparable à celle appliquée quand un fournisseur de service ou autre les traite.
8. Bien que, en règle générale, l'administrateur du programme stocke et utilise mes renseignements sur le patient au Canada, y compris dans les provinces autres que celle où je réside habituellement, il peut les transférer dans des juridictions à l'extérieur du Canada où Otsuka possède des établissements, ou là où se situent des partenaires commerciaux ou des tiers fournisseurs de services d'Otsuka. Par exemple, des renseignements sur un événement indésirable peuvent être communiqués à des autorités réglementaires d'autres juridictions afin de se conformer aux exigences juridiques en matière de déclaration. S'ils sont transférés à l'extérieur du Canada, mes renseignements sur le patient seront assujettis aux lois du pays où ils se trouvent, dont celles qui peuvent obliger l'administrateur du programme à divulguer ces renseignements aux autorités gouvernementales, à des tribunaux, à des organismes responsables de faire appliquer les lois, ou aux agences réglementaires de cet autre pays.
9. Mes renseignements sur le patient seront conservés tant qu'il le faudra pour servir aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis et de conformité aux exigences juridiques. Mes renseignements sur le patient qui ne seront plus nécessaires aux fins indiquées seront détruits, effacés ou dépersonnalisés conformément aux exigences juridiques appropriées.
10. Je peux retirer mon consentement à participer au programme à n'importe quel moment ou poser toute question en communiquant avec l'administrateur du programme au 1 844 254-6272. Je peux aussi, en tout temps, retirer mon consentement (en tout ou en partie) à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de mes renseignements personnels aux fins décrites aux présentes et en communiquant avec l'administrateur du programme au numéro mentionné ci-dessus. Je comprends que, si je retire mon consentement, l'administrateur du programme pourrait ne plus être en mesure de me fournir les services du programme demandés.
11. Je peux demander l'accès à mes renseignements sur le patient, ou leur correction en téléphonant à l'administrateur du programme au 1 844 254-6272.
12. Si j'ai des questions ou si je formule une plainte au sujet du traitement de mes renseignements sur le patient de la part d'Otsuka ou de l'administrateur du programme (s'il diffère), entre autres des questions sur la portée du consentement auquel je dois consentir, je peux m'adresser au programme ORIJIN ou au responsable de la protection de la vie privée d'Otsuka par courriel à OCPI-PrivacyOfficer@otsuka-ca.com ou par la poste, au 2250, boul. Alfred-Nobel, bureau 301, Saint-Laurent, Québec Canada H4S 2C9.
13. Je comprends aussi que les services fournis en vertu du programme peuvent être révisés n'importe quand, suspendus ou interrompus à l'entière discrétion d'Otsuka.

CONSENTEMENT ET RECONNAISSANCE DU PRESCRIPTEUR

J'ai été informé, j'accepte et je conviens que :

1. Le programme ORIJIN (le « programme ») est offert par Otsuka Canada Pharmaceutique (« Otsuka ») et il est administré, en tout ou en partie, par Otsuka et/ou des tiers fournisseurs de services désignés qui agissent pour le compte d'Otsuka (collectivement, l'« administrateur du programme »). Au fil de l'évolution de la nature et de la portée du programme, Otsuka peut, à l'occasion, nommer un autre fournisseur de services ou remplacer un fournisseur existant pour administrer le programme.
2. L'administrateur du programme respecte toutes les lois en vigueur en matière de protection des renseignements personnels (les « renseignements sur le patient ») et, par conséquent, l'information permettant d'identifier un patient ne sera accessible qu'aux employés de l'administrateur affectés directement à la prestation des services et du soutien ou à toute autre tierce partie si la loi l'exige pour les rapports relatifs à l'innocuité ou à moins que le patient ait accordé son consentement spécifique tel qu'il est formulé de manière plus détaillée dans l'Énoncé sur la protection des renseignements personnels et consentement du patient.
3. Le programme ne vise pas à remplacer mon jugement professionnel ou celui d'autres professionnels de la santé participant aux soins du patient, mais plutôt à fournir des services en matière de renseignements sur les couvertures/le remboursement et des services de soutien aux patients inscrits.
4. J'ai reçu et examiné la monographie de produit et que je m'engage à utiliser le produit de manière appropriée sur le plan clinique;
5. À la divulgation par les administrateurs du programme à Otsuka que je me suis inscrit au programme;
6. Que, si je rapporte au programme de l'information sur l'innocuité (y compris des événements indésirables), des plaintes relatives à la qualité du produit des commentaires de clients à son sujet, cette information soit transmise par l'administrateur du programme à Otsuka. Je reconnais que ces rapports d'événements indésirables pourraient devoir être transmis à des autorités réglementaires au Canada et à l'étranger. J'accepte également d'être consulté pour fournir de l'information sur le suivi, jusqu'à ce que j'informe explicitement Otsuka par écrit que je désire ne plus être consulté.
7. Que je comprends que des intervenants en santé consultent les données probantes obtenues du monde réel (DPMR) qui sont générées par l'analyse des données colligées en pratique clinique courante pour obtenir des renseignements dans des domaines dont l'épidémiologie de la maladie, l'efficacité du traitement et son innocuité, sa valeur du point de vue de l'économie de la santé et les répercussions au cours du cycle de vie du produit. J'accepte la collecte, le stockage et l'utilisation de renseignements anonymisés, agrégés ou compilés, au sujet du traitement de mon patient et la communication des résultats obtenus dans le cadre du programme (qui peut comprendre des publications destinées au grand public) à Otsuka, à l'administrateur et aux personnes qu'ils autorisent.
8. Que, en fournissant mon adresse de courriel, je consens à recevoir des communications par courriel.
9. Que je peux retirer mon consentement à recevoir des communiqués du programme ou suspendre ma participation au programme n'importe quand en communiquant avec les responsables du programme au 1 844 254-6272. Je comprends en outre qu'Otsuka se réserve le droit, à son entière discrétion, de modifier le programme, d'en suspendre l'accès ou d'y mettre fin.

Pour de plus amples renseignements : Veuillez consulter la monographie au <http://korsuvamonographie.ca>, <http://tavneosmonographie.ca> ou <http://velphoromonographie.ca> pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans le présent document. La monographie est également offerte sur demande, en appelant au 1 877 341-9245.